

緊急連絡カード

＜入所児童＞

ふりがな 氏 名	男 女	血液型 RH	A・B・O・AB・未検査 (+)・(-)
生年月日	平成・令和 年 月 日	平熱	℃
住 所		電話番号	自 宅 - - 父携帯 - - 母携帯 - - その他 - -

＜保護者＞

	父	母
ふりがな 氏 名		
勤務先名称		
勤務先住所		
勤務先電話		

＜緊急時の連絡順＞ ※緊急時にはこの順番で連絡します。

連絡順	ふりがな 氏 名	児童との 関係	電話番号	連絡先
第1				携帯 ・ 職場 ・ 自宅
第2				携帯 ・ 職場 ・ 自宅
第3				携帯 ・ 職場 ・ 自宅
第4				携帯 ・ 職場 ・ 自宅
第5				携帯 ・ 職場 ・ 自宅

＜かかりつけ医院＞

	医院名	電話番号
小児科		
外 科		
その他（ ）		

※持病について

- ・なし ・ある（心臓の病気・腎臓の病気・肝臓の病気・てんかん）
 その他（ ）

※アレルギー体質について

- ・なし ・ある（喘息・アレルギー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・薬品かぶれ）
その他（具体的に： _____）

※注射や薬で副作用が出たことがありますか。

- ・なし ・ある(何で: いつ頃:)

※脱臼をしたことがありますか。

- ・なし ・ある（何で： いつ頃： ）

※ひきつけを起こしたことがありますか。

- ・なし ・ある（いつ頃： ）

※常用している薬がありますか。

- ・なし ・ある（何か： _____ ）

裏面あり

※予防接種について、接種済みのものに○をつけてください。

※その他の任意接種を受けられた場合は（ ）内にワクチン名を記入してください。

インフルエンザ菌b型 (Hib)	1 回		2 回		3 回		追加	
小児肺炎球菌	1 回		2 回		3 回		追加	
B 型肝炎	1 回		2 回		3 回			
ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ	第 1 期初回						第 1 期 追加	
	1 回		2 回		3 回			
BCG								
麻しん・風しん	第 1 期		第 2 期					
水痘	1 回		2 回					
日本脳炎	第 1 期初回				第 1 期 追加			
	1 回		2 回					
ロタウイルス	1 回		2 回		3 回			
*任意接種 おたふくかぜ	1 回		2 回					
その他① ()								
その他② ()								

そのほか、保育所に知らせておきたい事や、気を付けてほしい事があれば記入してください。